

## CONSIGNES POUR REMPLIR LE FORMULAIRE RB-89.2

**AUX DEMANDEURS :** Une demande de réexamen/révision complète de la Commission doit être déposée dans les 30 jours calendrier suivant l'avis de dépôt du mémorandum de la décision du conseil de la Commission auprès du secrétariat de la Commission. Une demande est réputée déposée auprès de la Commission à la date de réception effective de cette demande par la Commission. Conformément à la règle 12 NYCRR 300.13(b)(3) et à la décision de la présidence, une demande ne peut être déposée auprès de la Commission qu'à l'adresse postale centralisée de la Commission (P.O. Box 5205, Binghamton, NY 13902-5205), au numéro de fax centralisé pour les demandes (1-877-533-0337), à l'adresse électronique centralisée pour les demandes ([wcbclaimsfilings@wcb.ny.gov](mailto:wcbclaimsfilings@wcb.ny.gov)), ou via le lien de téléchargement du site Web de la WCB (<https://wcbdoc.services.conduent.com/>). Les demandes relatives à des réclamations pour discrimination en matière d'indemnisation des accidents du travail doivent être déposées auprès de la Commission par courrier au service de la discrimination de la Commission, Riverview Center - 150 Broadway, Menands, NY 12204. Les demandes relatives à des réclamations pour prestations d'invalidité (demandes de perte de salaire en raison de blessures ou de maladies non liées au travail) doivent être déposées auprès de la Commission par courrier au bureau des prestations d'invalidité, PO Box 9029, Endicott, NY 13761-9029. Une copie de cette demande doit être signifiée à toutes les parties intéressées nécessaires, conformément à la règle 12 NYCRR 300.13(b)(2)(iv). Les demandes, sauf si elles sont soumises par un demandeur non représenté, doivent être présentées dans le format prescrit par la présidence et toutes les sections de la demande doivent être remplies. Le fait de ne pas fournir toutes les informations demandées dans le formulaire peut entraîner le rejet de la demande.

**REMARQUE :** Les demandes de réexamen/révision complète de la Commission ne seront pas acceptées si elles sont remises en main propre à un bureau de la Commission. Les demandes envoyées par courrier ou soumises directement au Bureau de l'avocat général seront considérées comme n'ayant pas été déposées auprès de la Commission et ne seront pas prises en compte.

**À TOUTES LES AUTRES PARTIES :** Toute réfutation de la présente demande doit être signifiée à la Commission dans les 30 jours calendrier suivant la date à laquelle la demande a été signifiée aux parties, comme indiqué dans la section Preuve de signification du formulaire RB-89.2, conformément à la règle 12 NYCRR 300.13(c).

- 1. Numéro(s) de dossier de la WCB.** Saisissez le(s) numéro(s) de dossier de la WCB pour la (les) demande(s) faisant l'objet de l'appel. Les numéros de dossier de la WCB comprennent le numéro de dossier pour l'indemnisation des accidents du travail, la discrimination, les prestations d'invalidité, la discrimination en lien avec un congé familial payé et les prestations de pompier volontaire et d'ambulancier volontaire.
- 2. Numéro(s) de dossier de l'assureur.** Entrez le(s) numéro(s) de dossier de l'assureur pour la (des) demande(s) faisant l'objet de l'appel. Cette section/rubrique ne s'applique pas aux réclamations pour discrimination.
- 3. Code de l'assureur.** Entrez le code de l'assureur pour la demande faisant l'objet de l'appel. Cette section/rubrique ne s'applique pas aux réclamations pour discrimination.
- 4. Nom de l'assureur.** Entrez le nom de l'assureur pour la demande faisant l'objet de l'appel. Cette section/rubrique ne s'applique pas aux réclamations pour discrimination.
- 5. Date de l'accident/du congé.** Indiquez la date à laquelle l'accident est survenu ou la date du début du congé familial payé (si le congé familial payé n'a pas été pris, indiquez la date de la plainte pour discrimination).
- 6. Nom du (de la) demandeur(euse).** Entrez le nom complet de l'employé(e).
- 7. Adresse du (de la) demandeur(euse).** Indiquez l'adresse, la ville, l'État et le code postal de l'employé(e), ainsi que son adresse postale si elle est différente.
- 8. Demande faite au nom de.** Indiquez la partie qui demande l'appel ou qui dépose cette demande.
- 9. Demande de réexamen/révision complète de la Commission.** Indiquez si la demande est 1) obligatoire ou 2) discrétionnaire.
- 10. Date de dépôt du mémorandum de la décision du conseil de la Commission.** Indiquez la date de la décision qui fait l'objet de l'appel.
- 11. Réparation demandée.** Indiquez le type de recours demandé.
- 12. Statut actuel de l'affaire.** Indiquez le statut de l'affaire.
- 13. Précisez la ou les questions à examiner.** Indiquez la ou les questions spécifiques à examiner.
- 14. Fondement de l'appel.** Exposez brièvement les motifs particuliers sur lesquels l'appel est fondé, y compris les conclusions de fait spécifiques qui sont contestées et/ou les erreurs de droit qui sont alléguées. Les allégations générales qui ne portent pas spécifiquement à l'attention de la Commission les questions à trancher sont insuffisantes. Des feuilles supplémentaires peuvent être jointes, jusqu'à un maximum de 8 pages.

**15. Dates d'audience, transcriptions, documents, pièces à conviction et autres éléments de preuve.** Faites référence au dossier, ou à toute partie de celui-ci, en lien avec les questions et motifs soulevés dans la présente demande. Indiquez la ou les dates d'audience auxquelles la ou les questions ont été soulevées devant le juge spécialiste du droit des accidents du travail, ainsi que toute autre date d'audience pertinente. Identifiez par la date et/ou le(s) numéro(s) d'identification du document les transcriptions, documents, rapports, pièces à conviction et autres éléments de preuve dans le dossier de la Commission qui sont pertinents pour les questions et les motifs soulevés pour révision. Si les procès-verbaux ne sont pas transcrits, indiquez-le. N'incluez pas et ne joignez pas à la présente demande les documents qui se trouvent dans le dossier de la Commission au moment du dépôt de la demande.

**16. Appel devant la division d'appel de la Cour suprême, troisième département.** Indiquez si un appel du mémorandum de décision sera/a été interjeté devant la division d'appel de la Cour suprême, troisième département.

**17. Certification.** Le préparateur doit signer et dater le formulaire (en indiquant également son nom, son titre, son numéro de téléphone et son adresse) certifiant que la demande est fondée de bonne foi en droit et en fait, qu'elle a été introduite avec des motifs raisonnables et qu'elle a été signifiée aux parties intéressées nécessaires dans la section Preuve de signification.

**18. Preuve de signification.** La demande doit être signifiée à toutes les parties intéressées nécessaires conformément à la règle 12 NYCRR 300.13(b)(2)(iv). Le fait de ne pas signifier correctement une partie nécessaire est considéré comme une signification défectueuse et peut entraîner le rejet de la demande par la Commission. Lorsque la demande de révision de la Commission est déposée par l'assureur, l'employeur auto-assuré ou un autre payeur ou payeur potentiel, la signification doit être faite au (à la) demandeur(euse), à son représentant légal et aux autres parties nécessaires. La signification est considérée comme opportune si elle est effectuée par l'appelant(e) dans les trente (30) jours suivant le dépôt de la décision de la Commission. L'affirmation ou l'affidavit doit être rempli et doit inclure la méthode par laquelle la demande a été déposée auprès de la Commission et la date de dépôt. L'appelant(e) ne doit utiliser qu'une seule méthode pour déposer sa demande auprès de la Commission. Si l'appelant(e) dépose une demande en double, le doublon peut être considéré comme soulevant ou poursuivant une question sans motif raisonnable, et peut soumettre l'appelant(e) à des évaluations en vertu de l'article 114-a(3) de la loi sur les accidents du travail. L'affirmation ou l'affidavit rempli doit préciser les documents signifiés, les noms des parties intéressées, la date et le mode de signification pour chaque partie intéressée, et indiquer que la signification a été effectuée dans les 30 jours suivant le dépôt de la décision faisant l'objet de la demande. Il n'est pas acceptable de compléter la partie de l'affidavit ou de l'affirmation où les personnes signifiées sont énumérées et le mode de signification précisé par la mention « Voir ci-joint ». Si une partie est signifiée par fax, courrier électronique ou autre moyen électronique, l'affirmation ou l'affidavit doit inclure une certification attestant que la partie ainsi signifiée a donné la permission explicite de recevoir la signification par ces moyens [voir 12 NYCRR 300.13(b)(2)(iv)(C)]. Il n'est pas nécessaire que la demande soit signifiée à chaque partie de la même manière. L'affirmation doit être datée et signée sous peine de parjure. Seul un avocat peut remplir l'affirmation. L'affirmation doit être assermentée (signée) devant un notaire public.



# DEMANDE DE RÉEXAMEN/RÉVISION COMPLÈTE DE LA COMMISSION

<b>1. Numéro(s) de dossier WCB</b>	<b>2. Numéro(s) de dossier de l'assureur</b>	<b>3. Code de l'assureur</b>	<b>4. Nom de l'assureur</b>	<b>5. Date de l'accident/du congé</b>
<b>6. Nom du demandeur</b>			<b>7. Adresse du (de la) demandeur(euse)</b>	
<b>8. Cette demande est faite au nom de :</b>				
<b>9. Cette Demande de réexamen/révision complète de la Commission au titre des articles 32 et 142(2) de la loi sur les accidents du travail est :</b>				
<input type="checkbox"/> Obligatoire (il y a eu une dissidence dont le seul fondement est le renvoi à un spécialiste impartial) <input type="checkbox"/> Discréctionnaire				
<b>10. Date de dépôt du mémorandum de la décision du conseil de la Commission (mm/jj/aaaa) :</b>				
<b>11. La réparation demandée est la suivante :</b>				
<input type="checkbox"/> Correction administrative du mémorandum de décision <input type="checkbox"/> Modification du mémorandum de décision <input type="checkbox"/> Retournement du mémorandum de décision <input type="checkbox"/> Annulation du mémorandum de décision				
<b>12. L'affaire est actuellement (cocher une case) :</b> <input type="checkbox"/> Rejetée <input type="checkbox"/> Établie				
<b>13. Indiquez la ou les questions spécifiques à examiner.</b>				
<b>14. Fondement de l'appel.</b> Cette demande d'examen est fondée sur les motifs suivants (des feuilles supplémentaires peuvent être jointes, jusqu'à un maximum de 8 pages) :				
<b>15. Dates d'audience, transcriptions, documents, pièces à conviction et autres éléments de preuve.</b> (voir consignes pour plus de détails) :				
<b>16. Un appel du mémorandum de décision a-t-il été ou sera-t-il interjeté devant la division d'appel de la Cour suprême, troisième département ?</b>				
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				



**17. Certification :** En signant le présent document dans l'espace prévu ci-dessous, je certifie que la présente demande est fondée en droit et en fait, qu'elle a été introduite avec des motifs raisonnables et qu'elle a été signifiée à toutes les parties intéressées nécessaires en utilisant la méthode de signification, y compris l'adresse réelle, l'adresse électronique ou le numéro de fax où la signification a été transmise, indiquée dans l'affirmation ou l'affidavit de signification ci-dessous. Je comprends que la loi sur les accidents du travail prévoit des sanctions substantielles pour l'engagement ou la poursuite d'une procédure sans motif raisonnable et/ou dans le but de la retarder. Je comprends que si la présente demande est retirée pour quelque raison que ce soit ou si l'une des questions soulevées est résolue par les parties, je dois immédiatement en informer par écrit la Commission et les parties intéressées nécessaires.

Signature du préparateur : \_\_\_\_\_ Date de préparation (mm/jj/aaaa) : \_\_\_\_\_

Nom en caractères d'imprimerie : \_\_\_\_\_

Titre officiel : \_\_\_\_\_ N° de téléphone en journée : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

## PREUVE DE SIGNIFICATION

### SECTION 1

#### AFFIRMATION

ÉTAT DE NEW YORK, COMTÉ DE \_\_\_\_\_ ss : Je soussigné(e), \_\_\_\_\_, suis un(e) avocat(e) dûment autorisé(e) à pratiquer le droit dans les tribunaux de l'État de New York. J'affirme par la présente, sous peine de parjure, que j'ai respecté les exigences de dépôt et de signification énoncées dans la règle 12 NYCRR 300.13(b)(2)(iv) et (3) pour la présente Demande de réexamen/révision complète de la Commission de la manière décrite dans la section 2 ci-dessous.

Je certifie que la signification de la présente Demande de réexamen/révision complète de la Commission, comme indiqué ci-dessous, a été effectuée dans les 30 jours calendrier suivant le dépôt de la décision faisant l'objet de la présente demande.

Date (mm/jj/aaaa) : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

Nom en caractères d'imprimerie : \_\_\_\_\_

#### AFFIDAVIT

ÉTAT DE NEW YORK, COMTÉ DE \_\_\_\_\_ ss : Je soussigné(e), \_\_\_\_\_, dûment assermenté(e), dépose et déclare : Je ne suis pas une partie intéressée par la ou les réclamations énumérées dans la Demande de réexamen/révision complète de la Commission et j'ai plus de 18 ans. Je certifie par la présente que j'ai respecté les exigences de dépôt et de signification énoncées dans la règle 12 NYCRR 300.13(b)(2)(iv) et (3) pour la présente Demande de réexamen/révision complète de la Commission de la manière décrite dans la section 2 ci-dessous.

Je certifie que la signification de la présente Demande de réexamen/révision complète de la Commission, comme indiqué ci-dessous, a été effectuée dans les 30 jours calendrier suivant le dépôt de la décision faisant l'objet de la présente demande.

Déclaré sous serment devant moi en ce \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

Nom en caractères d'imprimerie : \_\_\_\_\_

Notaire public

### SECTION 2

A. J'ai déposé la Demande de réexamen/révision complète de la Commission le (**date - mm/jj/aaaa**) \_\_\_\_\_ par (**choisir une méthode**) :

- Courrier à P.O. Box 5205, Binghamton, NY 13902
- Fax au 1-877-533-0337
- Courrier électronique à [wcbclaimsfilings@wcb.ny.gov](mailto:wcbclaimsfilings@wcb.ny.gov)
- Lien de téléchargement sur le site Web de la WCB (<https://wcbdoc.services.conduent.com>)
- Réclamation pour discrimination en matière d'indemnisation des accidents du travail** : Courrier au service de la discrimination, Riverview Center - 150 Broadway, Menands, NY 12204
- Prestations d'invalidité** : Courrier au bureau des prestations d'invalidité, PO Box 9029, Endicott, NY 13761-9029

B. J'ai signifié la demande de révision de la Commission le (**date - mm/jj/aaaa**) \_\_\_\_\_ à (joindre des feuilles supplémentaires si nécessaire) :

Nom : \_\_\_\_\_ par (méthode) : \_\_\_\_\_ à (adresse) : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ par (méthode) : \_\_\_\_\_ à (adresse) : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ par (méthode) : \_\_\_\_\_ à (adresse) : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ par (méthode) : \_\_\_\_\_ à (adresse) : \_\_\_\_\_